



Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original

Perfil epidemiológico de pacientes colombianos con artritis reumatoide evaluados en una clínica especializada de atención integral



Wilson Bautista-Molano^{a,b,*}, Daniel Fernández-Avila^a, Ruth Jiménez^a, Rosa Cardozo^a, Andrés Marín^a, María del Pilar Soler^c, Olga Gómez^a y Oscar Ruiz^a

^a Clínica de Artritis Reumatoide, Centro Médico Palermo, Organización Sanitas Internacional, Bogotá, Colombia

^b Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia

^c Unidad de Investigaciones, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de abril de 2015

Aceptado el 16 de noviembre de 2015

On-line el 18 de diciembre de 2015

Palabras clave:

Artritis reumatoide
Perfil epidemiológico
Cohorte

RESUMEN

Introducción: Existen pocos estudios que reporten el perfil epidemiológico de pacientes con AR que asisten a clínicas especializadas de atención integral. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y sociodemográficas, y las comorbilidades de pacientes con AR en una clínica de atención integral.

Métodos: Estudio transversal en una cohorte de pacientes según criterios de clasificación ACR/EULAR-2010 que han ingresado a la clínica de AR desde octubre del 2012 hasta mayo del 2014 remitidos del primer nivel de atención. Se describen las frecuencias para las variables sociodemográficas, comorbilidades, estado de actividad de la enfermedad, estado funcional, biomarcadores y modalidades terapéuticas.

Resultados: Se incluyó a 1.652 pacientes con promedio de edad de 58 años y tiempo de evolución de 9 años. El factor reumatoide fue positivo en el 80% y los anticuerpos antipéptido citrulinados en el 63% de los pacientes. El 43,6% de los pacientes presentaban comorbilidades asociadas: hipertensión arterial (20,4%), osteoporosis (17,3%) y síndrome de Sjögren (10,4%). El 50% de los pacientes se encontraba en moderada y alta actividad de la enfermedad medido por DAS-28 y el promedio \pm desviación estándar del valor del puntaje HAQ al ingreso fue de $0,64 \pm 1,12$. El 73% del total de pacientes estaban en tratamiento con modificadores de la enfermedad por vía oral, de los cuales el 63,6% estaba con metotrexato. El 42,4% de los pacientes recibían tratamiento con glucocorticoides (dosis promedio 6,3 mg).

Conclusiones: Se reporta el comportamiento epidemiológico de un grupo de pacientes con AR. Es significativa la presencia de comorbilidades que influyen en el riesgo de morbimortalidad de estos pacientes. La definición del perfil epidemiológico de esta población permitirá el diseño de preguntas de investigación que permitan resolver problemas relevantes en el contexto clínico de esta patología.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y

Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Epidemiological profile of colombian patients with rheumatoid arthritis in a specialized care clinic

ABSTRACT

Introduction: Few studies report the epidemiological profile of RA patients attending clinics for comprehensive care. We describe the clinical, socio-demographic characteristics and comorbidities of a cohort of patients with RA.

Methods: Cross-sectional study in a cohort of patients according to ACR criteria/EULAR 2010 classification who have entered to the AR clinic since October 2012 until May 2014, referred from primary care. Frequencies for socio-demographic, comorbidity, state of disease activity, functional status, biomarkers and therapeutic modalities variables are described.

Keywords:

Rheumatoid arthritis
Epidemiological profile
Cohort

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: wilson.bautista@gmail.com, wbatu@hotmail.com (W. Bautista-Molano).

Results: In total, 1652 patients were included with a mean age of 58 years and a duration of 9 years. Rheumatoid factor was positive in 80% and anti-citrullinated peptide antibody in 63% of patients. In total, 43.6% of patients had comorbidities: Hypertension (20.4%), osteoporosis (17.3%) and Sjögren's syndrome (10.4%). Fifty percent of the patients had moderate and high disease activity level measured by DAS-28 score, and the mean HAQ score was 0.64 (DS 1.12). Seventy three percent of patients were treated with oral disease modified anti rheumatic treatment and 63.6% of them were with methotrexate. 42.4% of the patients were treated with glucocorticoids (mean dose 6.3 mg).

Conclusions: The epidemiological behavior of a group of RA patients is reported. The presence of comorbidities is significant affecting the risk of morbidity and mortality in these patients. The definition of the epidemiological profile of this population will allow the design of research questions to resolve outstanding problems in the clinical context of this pathology.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica común que afecta aproximadamente al 1% de la población, con un pico de incidencia que se presenta entre los 35 a 50 años de edad¹. Afecta principalmente a las mujeres y, aunque su causa es desconocida, se han establecido diferentes factores endocrinos, ambientales y genéticos involucrados en su inicio, desarrollo y progresión^{2,3}. La enfermedad se caracteriza por inflamación de la membrana sinovial, que compromete predominantemente articulaciones pequeñas de manos y pies. Se asocia a complicaciones sistémicas que generan un impacto negativo desde el punto de vista biopsicosocial⁴ y representan un importante impacto en salud pública⁵.

La morbilidad entre los pacientes con AR es más alta comparada con población general, siendo los eventos cardiovasculares y otras complicaciones sistémicas como la osteoporosis un gran desafío dentro del manejo de estos pacientes⁶. Varias de estas comorbilidades se observan con mayor frecuencia en pacientes con AR, debido al tratamiento farmacológico que reciben, especialmente glucocorticoides, y debido a factores de riesgo tradicionales como el tabaquismo⁷. Adicionalmente, la actividad del proceso inflamatorio constituye un factor predisponente para el desarrollo de estas comorbilidades⁸.

La prevalencia de la AR en el norte de Europa y Norteamérica oscila entre el 0,5 y el 1%, mientras que en el sur de Europa se ha reportado una prevalencia entre el 0,3 y el 0,7%. Por otro lado, en países en vía de desarrollo, la prevalencia reportada oscila entre el 0,1 y el 0,5%⁹. En Colombia no disponemos de información fidedigna sobre la prevalencia y la incidencia de esta patología, aunque se han hecho esfuerzos aislados para su estimación. Se han publicado estudios que analizan variables económicas en torno a la atención de estos pacientes¹⁰ y que reportan variables de discapacidad y pérdida de años de vida saludable¹¹. Según el censo del año 2005, en el país deben existir aproximadamente 200.000 pacientes con AR, incluida la población juvenil.

Con respecto a la gravedad de la AR, esta se ha establecido de acuerdo con la presencia o ausencia de factores pronósticos, tales como: positividad de factor reumatoide, positividad de anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado, presencia de erosiones óseas, compromiso extraarticular y existencia de comorbilidades, entre otros. Dichos factores influyen las recomendaciones farmacológicas de las guías internacionales para el tratamiento de esta patología¹², que enfatizan a importancia del diagnóstico temprano y del tratamiento oportuno como objetivos primordiales del seguimiento de estos pacientes.

El diagnóstico y el tratamiento temprano generan un mayor control del proceso inflamatorio y retraso del daño estructural junto con sus implicaciones funcionales¹³. En este contexto, el enfoque de manejo integral es de gran importancia para estimular la adherencia y adaptación del paciente al tratamiento¹⁴, requisito

fundamental para lograr un control adecuado de la enfermedad que retarde la destrucción articular y preserve el estado funcional.

La información publicada respecto a la carga de morbilidad y/o descripción de perfiles epidemiológicos para esta patología en nuestro país son escasos¹⁵. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es describir las principales características clínicas, epidemiológicas y las comorbilidades de una cohorte de pacientes con AR, en una clínica de atención especializada e integrada por un grupo de profesionales de diversas áreas relacionadas con el abordaje integral de esta condición.

Materiales y métodos

Pacientes

Se incluyó a todos los pacientes con AR que han ingresado a la clínica de atención integral de esta patología desde el 1 de octubre del 2012 hasta el 31 de mayo del 2014. Para la recolección de la información, los datos obtenidos de los pacientes provienen de la historia clínica electrónica, la base de datos de hospitalizaciones de las instituciones hospitalarias donde son atendidos los pacientes, oficina de central de autorizaciones, el registro institucional de incapacidades y el seguimiento realizado por la enfermera de la clínica. Se diseñó una base de datos con las fuentes previamente mencionadas, la cual es consolidada cada 4 semanas con el objeto de identificar datos erróneos y/o faltantes y de asegurar un adecuado método de control de calidad.

Diseño, población y definición de variables

Estudio descriptivo de corte transversal de una cohorte de pacientes con AR establecida que cumplen los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010¹⁶. La muestra es no probabilística por conveniencia a partir de la cohorte de los individuos que actualmente asisten a la consulta ambulatoria de la clínica de AR en el Centro Médico de Palermo, que es el centro de referencia de los afiliados al régimen contributivo de la entidad promotora de salud Sanitas en Bogotá, donde son atendidos por un equipo multidisciplinario conformado por 3 reumatólogos, enfermeras, médicos familiares, nutricionista y psicóloga, y terapeuta física. La población está constituida por pacientes con diagnóstico de AR establecido previamente o con alta sospecha clínica de artropatía inflamatoria, que son remitidos de todos los centros de primer nivel de atención (médicos generales, familiares y/o médicos internistas), quienes constituyen la puerta de acceso al sistema de salud e incluye individuos de todos los grupos etarios.

Los pacientes entraron de manera secuencial de acuerdo al cumplimiento de los criterios de clasificación y opinión del reumatólogo tratante. Los métodos clínicos de medición son variables reumatológicas, como la medición del nivel de actividad de la enfermedad

Tabla 1

Distribución de la población asistente a la Clínica de artritis reumatoide por grupos quinquenales de edad

Grupo quinquenal	Hombres n	Hombres %	Mujeres n	Mujeres %	Total n	Total %
15-19 años	1	0,4	6	0,4	7	0,4
20-24 años	1	0,4	15	1,1	16	1,0
25-29 años	4	1,7	33	2,3	37	2,2
30-34 años	2	0,8	65	4,6	67	4,1
35-39 años	8	3,3	68	4,8	76	4,6
40-44 años	12	5,0	84	6,0	96	5,8
45-49 años	25	10,3	129	9,1	154	9,3
50-54 años	28	11,6	201	14,3	229	13,9
55-59 años	20	8,3	199	14,1	219	13,3
60-64 años	35	14,5	207	14,7	242	14,6
65-69 años	40	16,5	149	10,6	189	11,4
70-74 años	30	12,4	116	8,2	146	8,8
75-79 años	17	7,0	74	5,2	91	5,5
80-85 años	14	5,8	45	3,2	59	3,6
> 85 años	5	2,1	19	1,3	24	1,5
Total	242	100,0	1410	100,0	1652	100

medida a través del índice compuesto y validado Disease Activity Score (DAS-28)¹⁷ y la medición del estado de funcionalidad a través del cuestionario de estado funcional (Health Assessment Questionnaire [HAQ])¹⁸. Se incluyen además datos de los títulos de anticuerpos anticitrulinados, factor reumatoide y los reactantes de fase aguda: proteína C reactiva (PCR) velocidad de sedimentación globular (VSG). Las comorbilidades fueron evaluadas de acuerdo con los registros en la historia clínica de diagnósticos asociados a la patología de base que son tamizadas periódicamente con el concurso de especialistas en Medicina Familiar, con la realización de densitometría ósea, radiografía de tórax, electrocardiograma, perfil lipídico y metabólico en la primera valoración. Se incluyeron enfermedad cardiovascular (hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular), osteoporosis, síndrome de Sjögren, diabetes mellitus, anemia, enfermedad pulmonar y renal crónica, linfoma y tuberculosis. Respecto a los datos de hospitalizaciones se cruzó los datos de identificación de todos los pacientes con los registros de ingresos en las instituciones hospitalarias donde son atendidos los pacientes.

Análisis estadístico

Se realizó el análisis descriptivo de cada una de las variables a estudio. Se utilizaron medidas de tendencia central y variabilidad para describir las características de la población de estudio. Para las variables continuas se utilizaron como medida de tendencia central la media y la mediana, esta última para un conjunto de datos con valores extremos. Las variables nominales y ordinales se expresaron como valores absolutos y proporciones. Se establecieron las frecuencias absolutas y relativas para las variables sociodemográficas y comorbilidades, y medidas de tendencia central y dispersión para cada indicador clínico evaluado con datos continuos. Para el manejo estadístico de los datos se utilizó el programa StataTM versión 12.

Consideraciones éticas

Por tratarse de un estudio descriptivo, en donde no hubo intervención alguna sobre los pacientes, la investigación se considera de bajo riesgo y no se hace necesaria la toma de consentimiento informado por escrito. No se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos. Los datos recolectados fueron de absoluta confidencialidad y se usaron únicamente con fines estrictamente científicos de acuerdo con los principios declarados en las normas éticas establecidas para la investigación en seres humanos, según el Código de Núremberg, la Convención de

Helsinki (Asamblea Médica Mundial [Helsinki, 1964]) y según los artículos de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la Protección Social de la República de Colombia (Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud). El almacenamiento de la información en la base de datos se realizó según lo previsto en la Ley 1582 de 2012, de acuerdo con las políticas de confidencialidad, privacidad y seguridad.

Resultados

En total 1.652 pacientes fueron valorados e incluidos en el análisis. El promedio de edad fue de 58 años y el 85,3% de los pacientes eran mujeres, correspondiendo a una relación mujer: hombre de 6:1. El 50% de la población tenía una edad menor a 58 años, con una edad mínima de 16 años y una edad máxima de 93 años. La distribución por grupos quinquenales de edad y la pirámide poblacional de la cohorte es presentada en la [tabla 1](#). Como se observa, los grupos con mayor representación corresponden al quinquenio entre los 65 a 69 años para los hombres y entre los 50 a 54 años para las mujeres. Los niveles séricos de factor reumatoide fueron positivos en el 80% (n = 457/567) de los pacientes y los anticuerpos antipéptido citrulinados estuvieron presentes en el 63% (n = 363/573) de los pacientes. El 13,6% de los pacientes tenían antecedente familiar de AR, sin diferencia significativa por género entre hombres (13,6%) y mujeres (13,5%).

Respecto al tiempo de evolución de la enfermedad desde el momento de diagnóstico, al ingreso al programa encontramos una media $9,2 \pm 9,0$ años y una mediana de $7,0 \pm 7,0$ años con un valor mínimo de 0 años (diagnosticado al ingreso) y un valor máximo de 64 años. El 25,5% de los pacientes tenía menos de 24 meses de evolución de la enfermedad en el momento del ingreso a la clínica de AR. Sin embargo, en total el 50% de los pacientes tenían más de 9 años de evolución de la enfermedad, lo cual representa la cronicidad de esta patología. El 11,66% (n = 153) de los pacientes fueron diagnosticados al momento del ingreso por el reumatólogo, de los cuales el 84,9% (n = 130) fue durante el primer contacto con el reumatólogo y el 15% (n = 23) posteriormente.

En 151 pacientes (9,1%) se documentó la realización de reemplazos articulares. Los más frecuentes fueron: rodilla unilateral (24,5%), cadera unilateral (19,2%), rodillas bilateral (15,2%) y caderas bilateral (8,9%). La distribución porcentual está representada en la [tabla 2](#).

Factores de riesgo y comorbilidades

Del total de pacientes, el 4,5% reportó tabaquismo activo. El 43,6% de los pacientes presentaban comorbilidades asociadas al

Tabla 2
Distribución porcentual de comorbilidades y reemplazos articulares en la cohorte de pacientes

Comorbilidad	n	%	Reemplazos articulares	n	%
Hipertensión arterial	337	20,4	Rodilla unilateral	37	24,5
Osteoporosis	285	17,3	Cadera unilateral	29	19,2
Síndrome de Sjögren	172	10,4	Bilateral de rodillas	23	15,2
Diabetes mellitus	76	4,6	Cadera bilateral	13	8,6
Enfermedad renal crónica	54	3,3	Múltiples	11	7,3
EPOC/asma	46	2,8	Cadera y rodilla unilateral	7	4,6
Anemia	38	2,3	Bilateral caderas/rodilla unilat	6	4,0
Enfermedad cerebrovascular	4	0,2	Bilateral de caderas y rodillas	5	3,3
Tuberculosis	3	0,2	Hombro	3	2,0
Linfoma	2	0,1	Otros	12	8,1

Tabla 3
Distribución porcentual del nivel de actividad medido por DAS-28 por PCR y VSG al ingreso

Nivel de actividad	DAS-28 PCR n = 848	DAS-28 VSG n = 841
Remisión (%)	49,5	34,1
Baja (%)	0	16,4
Moderada (%)	50,5	38,5
Alta (%)	0	10,9

diagnóstico de AR, especialmente hipertensión arterial (20,4%), osteoporosis (17,3%) y síndrome de Sjögren (10,4%). En la [tabla 2](#) se describe la frecuencia de comorbilidades en los pacientes de la cohorte.

Nivel de actividad y estado de funcionalidad de la enfermedad

En la [tabla 3](#) se observa el nivel de actividad (DAS-28/PCR y DAS 28/VSG) de la cohorte de pacientes en el ingreso a la clínica. Se incluyeron solo los datos de los pacientes en los cuales había información completa para calcular el puntaje de DAS. Cuando se evalúa el nivel de actividad por DAS-28/PCR, se observa que la mitad de la población se encuentra en moderada actividad. Igualmente, en los pacientes con DAS-28/VSG se observa que la mitad de la población se encuentra en moderada y alta actividad. El promedio \pm desviación estándar del valor del puntaje HAQ al ingreso fue de 0,64 \pm 1,12 (intervalo de confianza del 95%, 0,57-0,71) ([tabla 4](#)).

Tratamiento

El 73% del total de pacientes estaba en tratamiento con modificadores de la enfermedad (DMARDS) por vía oral, de los cuales el 63,6% está con metotrexato (MTX), el 35% con cloroquina (CLQ) y el 32% con leflunomida. La dosis promedio de MTX fue de 12,1 mg. La combinación más frecuentemente utilizada es MTX + CLQ, con el 9,6%. El 42,4% de los pacientes reciben tratamiento con glucocorticoides (n = 701), con una dosis promedio de 6,3 mg, de los cuales el 8,4% (n = 59) en monoterapia, 1 66,9% (n = 469) en combinación con DMARDS por vía oral y el 24,2% (n = 170) en combinación DMARDS por vía oral + DMARDS biológicos.

Tabla 4
Distribución porcentual de los esquemas de tratamiento utilizados en la cohorte de pacientes

	n	%
DMARDS monoterapia	446	27,0
DMARDS + glucocorticoides	469	28,4
Biológico monoterapia	21	1,3
Biológico + DMARDS	150	9,1
Biológico + DMARDS + glucocorticoides	170	10,3
Biológico + glucocorticoides	3	0,2
Glucocorticoides	59	3,6
No tratamiento modificador	334	20,2

DMARDS: modificadores sintéticos de la enfermedad.

Discusión

En el presente estudio se describen el perfil epidemiológico y las comorbilidades de un grupo de 1.652 pacientes con diagnóstico de AR que son atendidos en una clínica de Atención con un enfoque multidisciplinario para esta patología. Estas características descritas corresponden a las reportadas en estudios previos, representando una carga similar de la enfermedad con gran preponderancia de complicaciones cardiovasculares y metabólicas, típicas de una enfermedad crónica degenerativa.

Al analizar la distribución por género de la cohorte, observamos una mayor predominancia del género femenino que en otros grupos de población (relación 6:1), tal y como se ha reportado en literatura latinoamericana¹⁹. A ello puede contribuir: la menor proporción de hombres que consultan al médico y/o subestiman los síntomas articulares y la mayor proporción de auto-medicación (antiinflamatorios) en hombres. De igual forma, el enfoque en el primer nivel de atención en cuanto a la presentación de síntomas articulares en hombres, los cuales son interpretados con frecuencia como asociados a artropatías por cristales y/u osteoartritis. Lo anterior enfatiza en la importancia de actividades educativas en estos aspectos. Igualmente, este comportamiento diferencial por género debe ser estudiado con mayor detalle en futuras investigaciones.

Se encuentra además que es una población con alta cronicidad y mayores criterios de gravedad de la enfermedad dado el tiempo de evolución (9 años), el número de reemplazos articulares (n = 151) y además correlacionado con la presencia de factores de mal pronóstico descritos en la literatura²⁰, como el porcentaje de pacientes con factor reumatoide (80%) y anticuerpos antipeptido citrulinados (63%). Estos resultados están en concordancia a los documentados previamente en una población mestiza urbana en Perú²¹ y en México²². Las estrategias terapéuticas y el pronóstico en este contexto clínico difieren de forma significativa de otras cohortes, donde la captura y la identificación de pacientes en estadios tempranos sin presencia de daño estructural permitirían obtener mejores desenlaces clínicos a mediano y largo plazo²³. Igualmente, el elevado porcentaje de pacientes en alta-moderada actividad (50%), el uso de glucocorticoides (43%) y la falta de tratamiento modificador de la enfermedad en el 25% de los pacientes reflejan la necesidad y la importancia que tiene para el paciente que sea valorado directamente por el reumatólogo, con un proceso de atención integral que asegure su adecuado seguimiento, valoración de comorbilidades y tratamiento.

Teniendo en cuenta el promedio de edad encontramos la presencia de enfermedades crónicas propias del grupo etario y que probablemente influyen en el riesgo de morbimortalidad de estos pacientes (p. ej., cardiovasculares, metabólicas). Esto se correlaciona con datos previos en la región, que estiman la importancia en la identificación de factores de riesgo, especialmente cardiovasculares, para pacientes con esta condición²⁴. Por lo tanto, el diseño de intervenciones adicionales enfocadas en el control estricto y seguimiento de estas comorbilidades es de gran importancia para

impactar en desenlaces clínicos. La aplicación de escalas de valoración de riesgo cardiovascular como la de Framingham²⁵ y el apoyo de los especialistas en Medicina Familiar permitirán intervenir e impactar de forma temprana en estos pacientes.

Uno de los principales objetivos de las clínicas de AR es el seguimiento periódico y continuo al paciente, el cual debe estar acorde con las metas establecidas en las recomendaciones internacionales para el manejo y seguimiento de este tipo de pacientes²⁶. Sin embargo, es importante mencionar que la periodicidad de seguimiento se debe individualizar según las características de la enfermedad propia de cada paciente.

Los objetivos y los resultados de nuestro trabajo están acordes con la misión de PANLAR de promover y armonizar estándares mínimos de calidad a través de la documentación del nivel de actividad, comorbilidades y tratamiento en pacientes con AR²⁷. Además, aporta información adicional y complementaria de un centro de referencia de práctica clínica en Latinoamérica que contribuye a esfuerzos previos encaminados a proveer datos de la vida real y mejorar la atención de estos pacientes²⁸.

Nuestro estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, la inclusión de pacientes de un solo centro de referencia nacional y el diseño transversal del estudio hacen que a nivel nacional no se completamente representativo. Además, la fuente de registro de las historias clínicas donde se obtuvo la información no fue diseñada con el objetivo del proyecto de investigación, es decir, es un registro solamente asistencial y no con fines académicos. En segundo lugar, no se incluyó la valoración radiológica para evaluar daño o progresión estructural, a través de la lectura y el puntaje de imágenes como medida de desenlace, y no se realizó búsqueda activa de comorbilidades, lo cual podría subestimar la frecuencia de presentación encontrada. Sin embargo, se plantea en futuros trabajos de investigación incluir, además del seguimiento radiológico, otros desenlaces de importancia tales como la evaluación de calidad de vida, depresión y adherencia al tratamiento, con cuestionarios validados para tal fin.

La clara definición del perfil epidemiológico de esta población permitirá el diseño e implementación de mejores procesos de atención basados en la información recolectada y analizada. Esta investigación aporta información útil respecto al comportamiento epidemiológico y clínico de una cohorte de pacientes con AR y permitirá el diseño y la implementación de mejores procesos de atención dado que hasta el momento la información disponible en nuestro país es escasa. Adicionalmente, permitirá generar hipótesis y sentar las bases de futuros proyectos de investigación con base en la población estudiada con el objeto de diseñar estrategias para afrontar problemas relevantes en el contexto clínico de esta patología. Finalmente, permitirá el fortalecimiento de una línea de base para el seguimiento de las variables trazadoras de las intervenciones clínicas y preventivas del programa.

Conclusiones

En conclusión, se reporta el comportamiento epidemiológico de una cohorte de pacientes con AR en nuestro país. Este trabajo servirá de base para la realización de estudios de prevalencia locales que permitan diseñar estrategias para impactar tempranamente en pacientes con esta patología. Además, esta investigación se constituye en la línea de base del planteamiento de nuevas preguntas e hipótesis de investigación que permitan resolver problemas relevantes en el contexto clínico de esta enfermedad.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Los autores declaran no tener ninguna fuente de financiación para la realización de este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos de forma especial a los pacientes, por permitirnos ser nuestro objeto de estudio. Igualmente, al grupo de colaboradores del equipo interdisciplinario que ha aportado su conocimiento y apoyo para el manejo y el abordaje integral de estos pacientes.

Bibliografía

- Gabriel SE. The epidemiology of rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2001;27:269–81.
- Van der Linden MP, le Cessie S, Raza K, van der Woude D, Knevel R, Huizinga TW, et al. Long-term impact of delay in assessment of patients with early arthritis. *Arthritis Rheum*. 2010;62:3537–46.
- Gibofsky A. Overview of epidemiology, pathophysiology, and diagnosis of rheumatoid arthritis. *Am J Manag Care*. 2012;18:S295–302.
- Firestein GS. Evolving concepts of rheumatoid arthritis. *Nature*. 2003;423:356–61.
- Matcham F, Scott IC, Rayner L, Hotopf M, Kingsley GH, Norton S, et al. The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2014;44:123–30.
- Puttevels D, de Vusser P, Geusens P, Dens J. Increased cardiovascular risk in patients with rheumatoid arthritis: An overview. *Acta Cardiol*. 2014;6:111–8.
- Liao KP, Solomon DH. Traditional cardiovascular risk factors, inflammation and cardiovascular risk in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2013;52:45–52.
- Solomon DH, Kremer J, Curtis JR, Hochberg M, Reed G, Tsao P, et al. Explaining the cardiovascular risk associated with rheumatoid arthritis: Traditional risk factors versus markers of rheumatoid arthritis severity. *Ann Rheum Dis*. 2010;69:1920–5.
- Tobón G, Youinou P, Saraux A. The environment, geo-epidemiology, and autoimmune disease: Rheumatoid arthritis. *J Autoimmun*. 2010;35:10–4.
- Mora C, González A, Díaz J, Quintana G. Costos directos de la artritis reumatoide temprana en el primer año de atención: simulación de tres situaciones clínicas en un hospital universitario de tercer nivel en Colombia. *Biomédica*. 2009;29:43–50.
- Tobón S, Cadena J, Moreno San Pedro E, Vinaccia Alpi S, Anaya JM. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Int J Psychol therapy*. 2005;5:47–61.
- Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, Dougados M, Emery P, Gaujoux-Viala C, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis*. 2010;69:964–75.
- Finckh A, Liang MH, van Herckenrode CM, de Pablo P. Long-term impact of early treatment on radiographic progression in rheumatoid arthritis: A meta-analysis. *Arthritis Rheum*. 2006;55:864–72.
- Marion CE, Balf E. Potential advantages of interprofessional care in rheumatoid arthritis. *LMJ Manag Care Pharm*. 2011;17:S25–9.
- Cuenta de Alto Costo. Criterios para identificar patologías de alto costo en Colombia. [En línea] [consultado 11 Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.cuentadealtocosto.org/>.
- Neogi T, Aletaha D, Silman AJ, Naden RL, Felson DT, Aggarwal R, et al. The 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for rheumatoid arthritis: Phase 2 methodological report. *Arthritis Rheum*. 2010;62:2582–91.
- Prevo ML, van 't Hof MA, Kuper HH, van Leeuwen MA, van de Putte LB, van Riel PL. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1995;38:44–8.
- Lillegren S, Kvien TK. Measuring disability and quality of life in established rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007;21:827–40.
- Barragán-Martínez C, Amaya-Amaya J, Pineda-Tamayo R, Mantilla RD, Castellanos-de la Hoz J, Bernal-Macías S, et al. Gender differences in Latin-American patients with rheumatoid arthritis. *Gend Med*. 2012;9:490–510.

20. Vencovský J, Macháček S, Sedová L, Kafková J, Gatterová J, Pesáková V, et al. Auto-antibodies can be prognostic markers of an erosive disease in early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2003;62:427–30.
21. Medina M, Acevedo-Vásquez E, Gamboa R, Pastor-Asurza C, Alfaro J, Gutiérrez C, et al. Low prevalence of rheumatoid arthritis in an urban mestizo population. *J Clin Rheumatol.* 2006;12:S5–6.
22. Ramos-Remus C, Sierra-Jimenez G, Skeith K, Aceves-Avila FJ, Russell AS, Offer R, et al. Latitude gradient influences the age of onset of rheumatoid arthritis patients. *Clin Rheumatol.* 2007;26:1725–8.
23. Cardiel MH, Pons-Estel BA, Sacnun MP, Wojdyla D, Saurit V, Marcos JC, et al. Treatment of early rheumatoid arthritis in a multinational inception cohort of Latin American patients: the GLADAR experience. *J Clin Rheumatol.* 2012;18:327–35.
24. Sarmiento-Monroy JC, Amaya-Amaya J, Espinosa-Serna JS, Herrera-Díaz C, Anaya JM, Rojas-Villarraga A. A Cardiovascular disease in rheumatoid arthritis: A systematic literature review in Latin America. *Arthritis.* 2012;2012:371909.
25. Eichler K, Puhan MA, Steurer J, Bachmann LM. Prediction of first coronary events with the Framingham score: A systematic review. *Am Heart J.* 2007;153:722–31.
26. Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, Breedveld FC, Boumpas D, Burmester G, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: Recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2010;69:631–7.
27. Santos-Moreno P, Galarza-Maldonado C, Caballero-Urbe CV, Cardiel MH, Mas-sardo L, Soriano ER, et al. REAL-PANLAR Project for the Implementation and Accreditation of Centers of Excellence in Rheumatoid Arthritis Throughout Latin America: A Consensus Position Paper From REAL-PANLAR Group on Improvement of Rheumatoid Arthritis Care in Latin America Establishing Centers of Excellence. *J Clin Rheumatol.* 2015;21:175–80.
28. De la Vega M, da Silveira de Carvalho HM, Ventura Ríos L, Goycochea Robles MV, Casado GC. The importance of rheumatology biologic registries in Latin America. *Rheumatol Int.* 2013;33:827–35.